

INFORMACIÓN OBSTÉTRICA DE REGISTRO1600 West Ave J Lancaster, CA 93534
661-949-5000Completed by Admitting:
Email Y / N**INFORMACIÓN DEL OBSTÉTRICA**

Fecha _____

Médico que la atiende: _____ Pediatra para su recién nacido: _____

Fecha de parto: _____ Último periodo menstrual: _____

Está usted recibiendo cuidado prenatal en alguna de estas clínicas? No ___ Si ___ (cual Clínica?)

_____ Kaiser Clínica _____ HDHS/Avenida I Clínica _____ AV OB Clínica _____ Bartz AltaDonna Clínica

_____ Palmdale Women's Health _____ Otra Clínica _____

Es usted madre sustituta para este embarazo? No ___ Si ___

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Apellido de soltera _____ Otros nombres o apellidos _____

Apellido de soltera de su mamá _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Celular _____

Número de seguro social _____ Fecha de Nacimiento _____

Licencia de manejar # _____ Dirección de correo electrónico _____

Estado Marital: (marque una) Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Pareja doméstica registrada por el estado

Religión _____ ¿Tiene una Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud (marque una) Si No

Raza: (marque una) Blanca Africana/Americana Asiática India Americana Otra _____

Raza étnica: (marque una) Hispana No-Hispana No sabe Antecedentes específicos _____

Empleador Paciente _____ Teléfono _____ Ocupación del Paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado de Empleo: (marque una) Tiempo completo Medio Tiempo

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAApellido del Esposo _____ Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____
apellido Nombre

Empleador _____ Teléfono /Celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto de Emergencia _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono /Celular _____

Contacto de Emergencia _____ Relación con el Paciente _____ Teléfono /Celular _____

Por favor complete al reverso de esta forma. Gracias!

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del seguro _____ Número de identificación _____

Nombre del Grupo Médico _____ Médico de atención primaria _____

Relación del Asegurado con el paciente (marque una) Ud mismo esposo niño natural hijastro hijo en custodia

ASEGURANZA – SECUNDARIA

Nombre del seguro _____ Número de identificación _____

Nombre del Grupo Médico _____ Nombre de la Compañía _____

Relación del Asegurado con el paciente (marque una) Ud mismo esposo niño natural hijastro hijo en custodia

Una vez que complete este formulario, se le pedirá que proporcione su tarjeta de seguro para que podamos hacer copias. Póngase en contacto con nosotros con cualquier cambio (dirección, número de teléfono, seguro o médico) antes de su entrega. Puede ser necesario que firme nuevos documentos si se realiza un cambio. Puede comunicarse con el Departamento de Admisión de WIP al 661-949-5410.

INFORMACIÓN PARA EL ACTA DE NACIMIENTO PARA EL BEBÉ

La siguiente información es necesaria para completar el certificado de nacimiento de su bebé. Si la información no está disponible en el momento en que completa este formulario, traiga la información cuando realice la entrega. Si **NO ESTÁS LEGALMENTE CASADO** y deseas establecer la paternidad, esta información es obligatoria.

Padre/padres de información infantil:

Nombre Legal del Padre _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Direccionar _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado/País de nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Número de seguro social _____ Dirección de correo electrónico _____

Raza (marque una) Blanca Africana/Americana Asiática India Americana Otra _____

Raza étnica (marque una) Hispana No-Hispana No sabe Antecedentes específicos _____

Ocupación usual – Título _____

Tipo de Negocio o industria _____

Años de Educación Completos _____

Si tiene preguntas sobre el CERTIFICADO DE NACIMIENTO, comuníquese con los certificados de nacimiento al (661) 949-5019.